

구강보건 의료인력 교육체계에 관한 비교 연구

*이종문 지도교수**노화준

* 서울대학교 행정대학원

** 서울대학교 행정대학원장 · 행정학박사

I. 서 론 (연구목적)

우리나라에서도 치의학의 학문적 발전이 상당히 이루어져 왔으며 교육수준도 현대의 치의학 교육답게 많이 향상되었다고 자부하고 있다. 현재 전국에 11개의 6년제 치과대학 교육기관이 설립 운영되고 있으며, 여러 분야의 전문 치과진료과목으로 나뉘어 전공별 전문치의 교육을 수행하고 있다. 그러나 이러한 구강보건인력을 양성하는 궁극적인 목표는 국민의 구강건강수준을 향상시키는 데 있음은 말할 나위도 없다. 다시 말하면 양성하는 구강보건인력으로, 진정한 국민구강보건향상을 효율적으로 도모할 수 있도록 하는 목적으로 치과의사 인력에 대한 교육훈련이 이루어져야만 한다. 이제 우리나라의 치과대학 교육의 현실과 문제점들을 살펴보고 과연 그동안 우리나라에서 양질의 치과의사와 지역사회 주민들의 구강건강을 증진시키는 바람직한 치과의사를 양성하였는지를 돌아켜 보아야 할 시기에 온 것 같다. 또한 세계 각국은 자국의 사정에 따라 각기 다른 치과의사교육제도를 갖고 있으며, 해당되는 인력의 양이나 부여되는 임무 및 교육훈련과정이 각기 다르고 추구하고 있는 방향이 조금씩 다르다. 그러므로 이러한 각국의 구강보건인력에 대한 사정과, 그 나라 구강보건의료인력의 교육체계를 비교하여 우리나라의 제도와 서로 비교하고 분석 평가해 봄으로써 앞날의 우리나라에 적절한 치과대학 교육체계 확립에 참고자료로 이용하며, 우리나라 구강보건인력개발의 정책적 지표를 정하는데 도움을 주고자 한다.

II. 본 론

(1) 치과대학 교육

1923년 경성치과전문학교가 우리나라에 설립된 후 2년제 전문학교로 운영되어오다가 해방후 4년제 치과대학으로 수학년한이 연장되었고, 1960년대 후반에 와서 치예과 과정 2년과 치의학과 과정 4년의 도합 6년제 치과대학으로 제도를 바꾸어서 현재까지 존속해 오고 있다.

1993년 현재 우리나라 치과대학 교수 수는 모두 252명정도로 총치과대학생수 3293명에 비하여 교수 1인당 담당학생수가 13.1명으로 나타났다. 1995년에 그 동안 한 대학에 평균 4.5명의 교수가 총원되었다고해도 교수 수는 300명이 되지 않으며 교수 1인당 평균 11명꼴로 학생을 담당하고 있는 현실이다.

이는 절대양으로 보아도 교수가 부족한 현상으로 외국의 치과대학이 대략 입학정원이 100명 정도의 규모인 대학에서 전임교수가 100명정도 근무하고 있어 평균 교수 1인당 5-7명의 학생을 담당하고 있는 현황과 차이가 난다.

현실적으로 교육부에서 제시한 각 치과대학별 적정 치과대학 교수확보율을 살펴보면 서울대학교가 약 60%선이고, 나머지 대학들이 20-30%선에 머물고 있다는 지적이다. 이는 외국의 치과대학과 비교해 보거나, 국내의 여타 학문 분야에 비교해도 최하의 교수확보율이 아닐 수 없으며, 이런 상태로 치과대학 운영을 방치한 교육부의 감독의지를 탓하지 않을 수 없으며, 이정도면 현실적으로 만족하고 마는 대학당국과 치과계의 무감각을 한탄하지 않을 수 없다.

치과대학 교육은 기초치의학교육과 임상치의학교육이 고르게 균형 있도록 발전되어야만 하는 것은 당연하며 치학교육의 상식이다. 우리나라의 치의학교육에는 기초치의학 교수가 절대적으로 부족한 것으로 보인다. 이는 우리나라 치의학교육이 기초치의학을 무시하고, 임상교육에만 주력하는 편파적인 교육을 시키고 있음을 나타낸다.

또 하나의 우리나라가 앓고 있는 치과대학 교육상 커다란 문제점은 교육내용에 있어서 지나치게 지식과 기술위주의 교육에 집착하고 있다는 점이다. 우선 치과대학 입학

과정부터 학과성적이 우수한 학생을 선발하여 이들에게 치의학지식과 진료기술위주의 교육에 거의 모든 노력과 시간을 소비하고 있다. 물론 치의학지식과 기술이 치의학 교육에서 차지하는 비중이 상대적으로 커야 할 것은 사실이나 오늘날 너무나 이러한 면에만 치중하여 교육한 결과, 치과대학을 졸업한 신규치과의사들이 자신의 실력은 잘 연마되어 있으나 지역사회와 공동체 내에서 이기적으로 되어버리고 진료의 진정한 의의가 있는 봉사개념으로부터는 소홀해지기 쉬우며, 이러한 풍조가 결국 우리나라 국민의 구강보건향상이라는 차원에서 지향하는 목표와 멀어지게 된 커다란 요인으로도 생각된다.

현실적으로 유럽국가들과 호주 및 뉴질랜드 등 선진국의 치과대학 교육은 지식과 기술위주의 교육이 아니다. 오히려 이들 국가의 치과대학을 졸업한 신규치과의사들의 치의학지식과 진료기술에 대한 능력은 국내치과의사들보다 상당히 뒤떨어져 있으나, 그 나라 국민들의 구강건강수준은 우리나라 국민에서 보다 훨씬 앞서 있다는 보고는 세계 보건기구를 통하여 자주 접하게 되는 사실이다. 즉 치과의사가 의치를 잘 만들 줄 알고 전국민에게 좋은 의치를 제공해준다고 해서 국민들의 구강건강수준이 향상되지는 않는다는 철학을 심어주도록 해야 한다. 진정한 지역사회 치과의사로서 사명을 다하려면 지역주민들이 구강병에 걸리지 않도록 공동노력을 경주하고 건강한 구강상태를 유지하도록 도와주고 봉사하는 치과의사로 교육시켜야 바람직한 일이지, 많은 지역주민들에게 장애자진료를 잘 하도록 지나치게 강조하는 기술교육 중심의 치의학교육은 자칫 지식과 기술의 남용으로 인하여 많은 사람들에게 양질의 의치를 공급토록 하는 풍조를 만연하게 만들어 구강기능 장애자의 발생률을 증가시키게 되는 결과를 빚는 우려도 있는 것이다. 치학교육은 어디까지나 국가 내에서 치과의사의 진정한 사명과 국민구강보건목표에 맞도록 교육시키게끔 분위기를 쇄신하고, 방향을 바꾸도록 하여야 한다.

(2) 치과대학 부속치과병원 임상실습교육

국내 각 치과대학 부속치과병원 또는 대학병원 치과진료부는 1)치과대학 재학생들의 임상실습교육과 2)치의학연구 및 3)지역사회 주민에 대한 봉사목적으로 설립되었으

며, 이는 의학부문의 의과대학 부속병원도 마찬가지이다. 그러나 근래에 들어 국내대학부속치과병원들이 이러한 세 가지 목적을 진정으로 달성하고 있는가 하는 데는 많은 의문이 있으며, 대다수 국민들이나 치과대학생들로부터 회의적인 대답을 듣게 된다. 치과대학 교육중 임상실습교육은 중요한 부분을 차지하고 있기에 여러 측면에서 이를 분석해보고 현실적인 문제점을 파악하고자 한다.

(가) 부속치과병원 설립목적

국내 모든 치과대학들은 부속치과병원 또는 대학병원내에 치과진료부를 운영하고 있다. 이 진료기관의 첫 번째 목적이 치과대학생들의 임상실습교육장이 되어야 하는 것이다. 그렇다면 치과대학 부속치과병원의 주진료인력은 주로 학생들이 되어야 한다. 현행 의료법에도 이점을 중시하여 의료법 제25조에 의대생과 치과대학생 및 한의대생은 부속진료기관에서 해당분야의 진료를 수행할 수 있도록 하고 있다.

양질의 치과의사를 양성하려면 이 과정은 매우 중요하기 때문에 미국에서는 모든 대학에서 치과대학 2학년부부터 4학년까지(대학에 따라서는 1학년으로부터) 학생들이 임상실습교육을 부속치과병원에서 직접 환자를 진료하며, 기술을 연마하고 있고, 일본에서도 5년째와 6년째 학생들이 치과대학 부속병원내 내원한 환자들을 교수의 지도아래 직접 진료실습을 행하고 있다. 대략 이들 나라에서는 치과대학부속치과병원내 내원한 약80% 정도의 환자는 거의 학생들에 의해서 임상실습으로 진료가 이루어진다.

그런데 우리나라의 치과대학 부속치과병원의 사정은 판이하다. 많은 환자들은 교수가 직접 진료하고, 일부 환자는 수련과정에 있는 수련의가 진료하며, 학생들은 진료과정을 관찰하거나 진료보조역할을 주로 하게 된다. 일부 치과대학 부속치과병원에서는 학생들을 위한 학생진료실(또는 종합진료실)을 설치하고 운영하기도 하나 그러한 진료실을 운영하는 대학의 수도 적고, 사실상 그곳에서 진료하는 건수도 내원환자 전체진료건수에 비하면 일부에 지나지 않는다. 그러므로 우리나라 치과대학 부속치과병원이 외국의 모든 나라들처럼 치과대학생의 진정한 임상실습교육장이라고 볼 수는 없는 것이다.

두 번째 목적으로 치의학 각 분야의 전공학문별 임상 연

구의 장이 되어야 하는 분야가 있다. 그러나 우리나라의 치과대학 부속병원은 각 전공분야의 전문과가 1차진료기관인 민간치과의원급 진료와 별 차이가 없어 많은 환자를 대상으로 한 해당분야의 진료에 주력하다보니, 특수환자의 연구목적으로 임상진료를 할 시간과 노력에서 소홀해질 수밖에 없다. 외국의 경우 해당 전문과에 오는 환자는 반드시 1차진료기관인 민간치과의료기관에서 이송되어 오는 특수환자만을 진료해야 하도록 법적 절차와 의료전달체계가 잘 확립되어 있기에, 전문각과는 비교적 환자의 양이 적으나 보내온 환자에 대하여 정성을 다하여 양질의 전문진료를 할 수 있으며, 아울러 이를 통한 임상연구도 수준이 높아지게 된다. 그러나 우리나라의 경우 이러한 치과의료전달체계가 잘 확립되어 있지 아니하고, 또한 보건복지부의 규제에 의료전달체계를 형식상 확립해 놓은 일반의료부문마저 대학병원당국에서 대부분 내원환자를 응급환자나, 가정의학과를 거쳐서온 양으로 서류를 조작함으로써 의료전달체계를 변칙운영함으로써, 가급적 전문각과에 많은 양의 환자를 진료하게 되고, 사실상 전문성이 결여되어 외국에 비해서 전문성있는 임상연구를 할 수 있는 여건을 상실하게 되어버리고 말았다.

세 번째 목적인 지역사회에 대한 봉사부문에 대하여 살펴보면, 오늘날 우리나라 국민중 자신의 지역사회에 설립 운영되어 있는 의과대학병원이나 치과대학 부속치과병원이 진정한 지역사회 봉사를 하고 있다고 생각하는 사람은 거의 없을 것이다.

근래에 대학병원이나 부속치과병원에 많은 의뢰환자가 오고 있지만, 이것은 그 지역사회 대학병원과 부속치과병원이 지역주민에 대한 봉사를 잘 해주고 있기 때문에 환자가 과잉되고 있는 것은 아니다. 현대적인 진료장비와 대학병원이라는 공신력 및 저명한 교수로부터 진료를 받고자, 상대적으로 지역민간진료기관보다 비싼 진료비와 지정진료비(특진비)를 내고도 오랜 시간 기다리는 불편을 감수하고서 대학병원과 부속치과병원을 찾는 것이다. 이러한 현상을 진정한 지역주민 봉사로 표현하기는 조금 곤란하지 않나 하는 생각이 든다.

미국과 일본 및 세계대부분의 국가들에서는, 대학의 부속병원과 부속치과병원을 찾는 환자들은 대개 서민층이었다. 또한 대부분의 기본진료가 학생들에 의해서 이루어

지기 때문에 진료비도 오히려 민간진료기관보다 저렴하거나 최소한 더 비싸지는 않는다. 대학병원이나 부속치과병원답게 지역주민들에게 진정한 봉사를 하도록 노력하는 것이다.

이상의 3가지 부속치과병원 설립상의 주요 목적기준으로 우리나라 부속치과병원의 운영실태를 살펴볼 때, 여기에는 커다란 문제점을 가지고 있다고 사료되며, 이는 의료기관의 자율적인 개선과 변화의 차원을 기대하기에는 너무나 어려움이 있기에 이제는 국가차원에서 이를 개선하도록 하는 방안을 세워야 올바른 치의학교육이 될 수 있다고 사료된다.

(나) 부속치과병원 운영실태

우리나라의 치과대학 부속치과병원의 운영은, 의과대학병원과 마찬가지로이지만, 주로 진료수입증대에 주력하고 있다는 사실은 이미 누구나 느끼고 있는 현실이다. 근래에 들어 사회 각분야에서 새로운 경제적 운영과 경영개념이 의료계에도 도입되면서 교육기관인 치과대학부속치과병원에서도 이를 적용한 진료수입증대에 노력하고 있음을 본다. 진료각과별 수입경쟁을 시키는가 하면, 과잉진료 풍토를 조장하기도 하고, 수입실적인 낮은 학생진료는 가급적 피하도록 하며, 수입실적에 따라 차별화된 대우를 해당교수나 해당진료과에 적용시키는 사례가 잦으며, 이러한 사례는 이미 치과계 내부에서마저 상당히 수긍을 하고 있는 것처럼 우리나라 의료계에 널리 인식하고 있는 일이다. 이는 교육기관이라기 보다는 영리를 목적으로 한 기업의 운영형태라 아니할 수 없으며, 자율적인 정화를 기대하며 그대로 방치하기에는 너무나 심각한 의료계 병폐와 나아가서는 사회적 교육적 문제가 야기될 것이 예상되므로 이에 시급히 대책을 마련하지 않을 수 없다는 생각이 든다.

원론적으로 말하면, 대학병원이나 부속치과병원은 학교법인의 형태로 설립된 것이므로 이윤을 추구하면 안된다. 설령 이윤이 남았다라도 재투자자와 사회환원이 그 기본취지가 되어야 할 것이다. 형식상 이윤을 남기지 않았다고 보도되었더라도 이러한 사실을 그대로 받아들이기는 어렵다. 1995년도에 서울대학병원이 50억원 정도의 적자를 국고보조로 해결하였다는 지상의 보도가 있었는데, 우리

나라 최대의 병원으로 환자량이 전국에서 최고수준인 의료기관에서 형식상 연간 50억원의 적자를 기록해 놓았고, 이러한 관행은 수십 년째 계속되었다는 사실은, 현실과 의 형사이에 거리감을 느끼게 하는 일이라 할 수 있다.

현실적으로 거의 모든 대학병원과 부속치과병원들이 병원 내외적인 영향을 받아경제적으로 많은 환자들을 진료하여 수입증대를 시킨 것과 대조적으로, 1990년대에 들어와서 1차진료기관인 지역사회 민간진료기관들은 환자의 감소로 허덕이며, 심지어 폐업을 하는 의료기관이 속출하고 있는 실정이다. 이는 단순히 의료인들의 개별적인 일로 넘겨버리기에는 앞날의 우리나라 의료계에 변질 파문이 너무나 클 것으로 예상되어 국가가 시급히 대책을 세워야 할 부분이다. 선진 외국의 경우 이러한 폐단을 막기 위하여, 의료전달체계를 확고히 확립해 놓고 있다. 지역주민 환자들은 응급환자를 제외하고는 누구나 반드시 1차의료기관인 의원급 민간의료기관에서만 진료를 받아야 하고, 민간의료기관에서 진료할 수 없는 진료내용에 대해서만 2차진료의뢰서와 함께 2차 및 3차 진료기관인 대학병원이나 부속치과병원의 전문 각과로 이송하여 진료받을 수 있도록 하고 있는 나라들이 많다. 우리나라에서도 이러한 제도를 80년대 말에 보건복지부에서 계획하여 실시토록 하였으나 운영 및 감독상 많은 허점이 노출되고 있으며, 더구나 치과진료분야는 부속치과병원들의 주장으로 이러한 제도에서 제외시킴으로써 특혜를 준 의혹마저 사고 있다. 현재 조사 보고되어 지상에 발표된 일반의료분야의 의료전달체계상 문제점들을 보면 주로 이러한 체계를 지키지 않고 환자가 처음부터 대학병원으로 내원하였을 경우, 의과대학생들의 가정의로서 진료교육을 목적으로 설치된 종합병원내의 유일한 1차진료기관인 가정의학과나 건강관리과 등에 진료를 형식적으로 받은 것처럼 한 후 해당전문기관인 2차 및 3차 진료기관으로 이송하여 실제 진료를 받음으로써 결국은 대학병원으로 곧바로 오는 환자를 민간 1차진료기관으로 되돌려 보내는 일이 없으며, 대학병원으로서는 오히려 1차진료기관의 진료비까지 수입을 더 올릴 수 있으니 더욱 이익이 될 수도 있다. 이러한 행태는 보건복지부에서 철저히 조사하여 그 진상을 가려야 할 것이며, 가정의학과나 건강관리과는 주로 1차진료기관에 근무해야 할 의대생들의 직접 학생진료의 장으로 되돌려서

교육병원에 맞도록 하여야 한다.

또한 치과의료분야에서도 이 제도를 조속히 도입하여 부속치과병원 전문각과는 반드시 1차진료기관인 지역사회 치과의원에서 발부한 2차진료의뢰서를 가진 환자만이 특정 진료내용에 대해서 진료토록 하여야만 하는 치과의료 전달체계를 확립해야 할 것이다. 이때에도 치과대학 부속치과병원의 설립목적인 학생임상실습교육에 지장이 없도록 예방치과 또는 구강건강관리과 등의 진료실만 1차치과 진료기관으로 지정하여 주로 학생들이 직접 진료를 할 수 있도록 해야만 하고, 이 과정에서 변칙운영이 전혀 발생되지 않도록 보건복지부에서는 철저히 감독하여야만 한다.

이러한 확고한 치과의료전달체계 확립만이 치과대학 부속치과병원으로 하여금 수입증대에 주력함을 막고, 과잉수입증대경쟁도 하지 못하게 할 수 있으며, 학생교육에 힘쓰게 되고, 지역사회 많은 민간치과의사를 살리는 길이기도 하며 또한 대학병원의 환자를 주로 서민층으로 되돌려 진정한 지역사회 봉사기관으로 만들 수 있게 될 것이다.

(다) 부속치과병원 진료수가

우리나라의 경우 민간개원치과진료기관의 진료수가에 비하여 부속치과병원의 진료수가 훨씬 비싸며 이것은 일반진료수거나 보험수가에서도 마찬가지이다. 그러나 진료수기문제에 관하여 선진국들과 비교해보면 우리나라와 많은 견해의 차이를 발견하게 된다. 미국의 경우 일반적으로 기본진료비에 대해서는 치과대학부속 치과병원에서 진료를 받을 경우 주로 치과대학생들이 임상실습목적으로 기본치과진료를 하기 때문에 오히려 민간개원진료기관에서 보다 저렴하다. 그래서 주로 서민들이 대학병원에 1차진료(기본치과진료)를 받으려 많이 이용하고 있으며, 경제적으로 여유가 있는 일반인이나 상류층은 주로 친절하고 신뢰감이 가는 지역사회 개원치과의사에 주치의를 정하여 정기적으로 구강건강을 관리토록 한다. 일본에서는 의료의 평등화 및 규격화를 강조한 나머지, 개원치과의원이나 치과대학부속치과병원에서나 동일한 처치의 내용에 대해서는 진료비가 같으며, 치과대학 부속치과병원내에서 진료를 받을 시는 학생에게 진료를 받으나 교수에게 진료를 받으나 진료비는 동일하다. 심지어 우리나라 학생

들이 많이 유학함으로써 물의를 빚고있는 필리핀의 치과대학 부속치과병원의 경우, 모든 기본진료는 치과대 학생이 무료로 진료함을 원칙으로 하고있다. 학생임상실습을 위한 교육을 병자하여 수익을 가질 수 없다는 교육부의 대원칙에 입각하여 내려진 조치이다. 그런데 우리나라에서만 유독 대학병원의 기본진료에 대한 수가가 일반개원의 원보다 비싸고, 게다가 지정진료비(특진비)까지 산정하기 때문에 일반적으로 약 2배에 달하는 진료비를 내게된다. 지정진료비(특진비)라는 항목을 만들어낸 제도부터 잘못된 발상으로 여겨지며, 이는 특정의료인을 지정함으로써 진료수가의 50-100%의 진료비를 더 내게되는 지정진료비제도는, 우리나라에만 있는 세계에서 보기드문 특이한 제도이기도 하다. 사실상 이러한 제도의 운영은 의료윤리의 원천인 히포크라테스선서중 "나는 이제 직업에 임함에, 환자의 종교, 국적, 성별, 빈부의차 등 어떠한 차별도 두지 않고 최선을 다해 진료에 임하겠다."라는 내용에 정면으로 반박되는 제도로서, 환자가 특진비를 낸다면 특정교수가 진료를 맡고, 이러한 돈을 내지 못하면 다른 수련의에게 맡도록 한다는, 윤리적으로나 교육적으로 있을 수 없는 제도를 우리나라 정부가 인정하고 있는 셈이다. 이를 악용한 대학병원당국에서는 가급적 많은 수익을 올리도록 지정진료해당교수들을 독려하고, 수익금의 일부를 수당으로 지급하고 있는 일들이 공공연히 이루어지고 있다. 모두가 새로운 경영혁신이라는 미명아래 이루어지고 있는 우리나라 사회만의 병폐로 사료되며 이러한 지정진료비제도는 하루빨리 폐지해야만 진정한 의학교육과 치학교육이 이루어질 것으로 생각된다. 과진료수익과 특진비에 신경써야 하는 교수아래서 치과대학생들이 은연중 배우는 것은 뻔하기 때문이다. 치과대학 부속치과병원의 진료수가는 일반수거나 의료보험수가에서 기본진료에 해당하는 부분에서는 개원치과의원보다 저렴해야 하며, 학생들이 직접 진료에 임함으로써 임상실습교육의 본래 목적을 다하도록 하여야 한다. 다만 1차치과의료기관인 개원치과의원에서 이송되어온 특수진료를 요하는 전문과목 환자에 대해서는 부속치과병원의 전문과에서 해당진료내용을 진료할 시 다소 진료비가 비싸게 책정되는 것은 무리가 없을 것으로 사료된다. 이렇게 되었을 때 현재 대부분 대학병원들과 치과대학 부속병원들은 전반적인 수익감소로 불만

을 토로할 지 모르나, 대학병원이나 치과대학 부속병원을 설립할 시에는 본래부터 수익을 남길 것을 예상하고 설립하여서는 안되며, 어디까지나 교육은 계속적인 투자를 요하는 부분인 만큼, 정부나 지방자치단체 및 사립학교 재단에서 계속투자를 하도록 유도하는 제도로 개선해 나가야만 바람직하다. 또한 이러한 풍토개선이 의과대학과 치과대학의 무분별한 신설과 증설을 예방하는 길이기도 하다. 세계어느나라도 교육병원이 우리나라에서처럼 실질적인 후자를 많이 낼 수 있는 나라는 없는 것으로 알고 있다.

(라) 예방지향진료 및 공중구강보건실습교육

오늘날 세계의 선진국형 치과진료는, 환자의 구강병이 생긴 후 치료하거나, 발견된 치아부위를 인공보철물로 수복해 넣은 수복치료보다는, 아예 환자의 구강병이 생기지 않도록 간단한 예방진료술식을 치과의사들에게 보급하여 지역주민을 상대로 진료해 주는 것이 가장 효율적이라는 판단아래, 예방 지향적 진료를 치과대학 임상실습과정에서 중점 교육시키고 있다. 그러나 우리나라의 현황은 이미 미국과 일본의 거의 모든 치과대학 부속병원에서 필수적으로 설립 운영하고 있는 부속치과병원내에 예방치과진료실마저 치과병원 수입에 큰 도움이 되지 못한다는 주된 이유와 치과병원 치료각과의 파벌싸움 및 세력경쟁에 인하여 1995년 현재까지도 11개 치과대학 부속치과병원중 단 2개 대학만이 예방치과를 운영하고 있는 실정이다.

이러한 현상은 치과대학내 병원 교수들이 우리나라에 예방 지향적인 진료풍토가 이루어지는 현상을 별로 달갑지 않게 여기고 있는 풍토 때문이기도 하다. 이제까지 치료와 보철중심의 진료에서 예방지향적인 세계적인 추세의 바람이 불고있어 앞날의 치과계 내부 세력변화에 일종의 막연한 거부감이라고 볼 수도 있다. 그래서 의식적으로라도 이제까지 우리나라의 치과진료에 대한 교육과정 중에서 예방지향적인 진료를 기피하였고 이에 따라 아직까지 거의 대부분의 부속치과병원에는 예방치과 진료실을 설치하지 않고 있다. 게다가 1984년부터는 치과의사 국가시험 과목 중 예방치과분야의 비중을 상대적으로 줄이기까지 했다. 그 결과 거의 대부분의 치과의사들은 예방진료에 대한 소신과 지식 및 기술이 결여된 채 졸업을 하게 되었고, 지역주민들에게도 예방위주의 진료를 거의 수행하지 않

았다. 1993년 조사에 의하면 서울시내 개원치의 중 0.6%만이 환자 진료중 자신의 환자에게 예방진료인 불소도포를 시행하고 있다고 답한 바 있다. 그러나 99.6%의 치과의사는 발견된 치아를 인공보철물로 수복해주는 기능회복진료를 하고있다고 답하였다.

우리나라 국민들의 치아우식 발생이 해마다 늘어나서 결국은 구강보건 후진국이 되어버린 원인중의 하나는, 분명히 치과대학 임상교육에 예방치과 교육의 미비라는 점이 큰 비중을 차지하고 있다고 사료되며, 교육부와 보건복지부에서는 앞날의 올바른 치과임상교육과 진정한 지역주민 봉사를 위하여 모든 치과대학 부속병원에서는 반드시 예방치과 진료실을 필수적으로 설치 운영토록 강제 규정함으로써, 진료수입이나 병원경영에 관계없이 적절한 임상교육이 되도록 하여야 한다. 이러한 진료풍토 속에서 임상실습을 한 치과의사가 앞날의 우리나라 국민들의 구강보건을 책임져야만 국민구강건강수준이 높아질 수 있게 된다.

치과의사의 사명은 개인환자만을 진료하는 것이 아니라 지역사회 주민전체의 구강병을 예방하고 구강건강수준을 높이는 공중구강보건사업을 주도해야 할 책임도 있다. 그러나 대부분의 치과의사들은 개인적 봉급수준이 낮은 공중보건치과의사가 되기를 원하지 않기 때문에 1984년부터 우리나라의 보건복지부에서는 치과대학을 졸업하고 군의관으로 의무복무하는 대신에 3년간 농어촌지역에서 공중보건치과의사로 근무하게 하는 제도를 개발하였다. 그후 전국에 있는 200여개 보건소와 1,100여개의 보건지소에 이들을 배치하여서 한때는 전국에 약 1,300명의 공중보건치과의사가 근무한 적도 있었으나, 근래에 와서 치과대학 재학생중 여학생이 차지하는 비율이 높아짐에 따라 점차 군복무대신 의무로 근무하는 공중보건치과의사의 수가 줄어서 1995년 현재 약 800여명이 근무하고 있다.

미국이나 일본등 다른 나라와 비교해 보건데 이들 나라에서는 의무복무가 아니고 자원하여 공중보건치과의사가 되거나 공중보건 전문치과의사가 대부분이기 때문에 수적으로는 우리나라가 세계에서 가장 많은 숫자의 공중보건치과의사를 갖고 있는 국가라 할 수 있다. 그러나 아직까지 공중보건치과의사제도가 확립된지 10년이 지났지만 정부차원의 구체적인 공중구강보건사업의 정책과 기획이

합리적으로 잘 이루어지지 않아서, 공중보건치과의사들은 주로 농어촌지역에서 이웃 민간치과의원과 동일한 진료인 지역주민의 치과치료에만 주력하고 있는 실정이다. 이로 인하여 가끔씩 민간치과의원과 환자유치경쟁으로 마찰을 빚기도 하는 사례가 있으며, 동일진료에 대한 진료비 차이로 민간치과의원이 곤란을 겪기도 한다.

이렇게 된 원인은 치과대학 교육에도 커다란 책임이 있다. 현재 11개 치과대학 중 교육과정 중에서 공중구강보건학을 현장실습교육으로 시행하고 있는 대학이 불과 1-2개 밖에 없으며, 이들 대학도 대학이나 교육부 및 보건복지부의 아무런 혜택이나 지원이 없고, 오히려 대학당국에서는 이러한 지역사회 보건소 현장 실습교육에 대해서, 치과병원노동인력을 다른 곳에 낭비하고 있다는 생각에, 가급적 중지할 것을 권유하기도 한다. 치과대학 교육 중에 주로 치료나 재활기술만을 교육받고 졸업한 대부분의 신진치과의사들이, 어느날 갑자기 단지 공중보건치과의사라는 명칭만을 부여받고 농어촌 지역에 가서, 그들이 할 수 있는 일이란 결국 치과치료나 보철진료같은 재활진료만을 열심히 공급해 주게될 것이고, 이로 인하여 지역사회 개원치과의사와의 마찰은 불가피하게 되며, 아무리 세월이 지나도 지역주민의 구강병발생의 감소나 구강건강수준향상은 되지 못하는 당연한 결과라 사료된다. 어느 공중보건치과의사의 푸념대로 배운대로 열심히 일하면 이웃치과의원으로부터 따가운 시선을 받게 되고, 그렇다고 공중구강보건사업은 실제로 배운 바가 없으니, 그야말로 3년을 머물렀다가 무사코로 보내는 것이 상책이라며, 자신들을 공중에 뜬 사람들이라고 표현하기도 하는 자조적인 농담도 자주 듣는다.

미국의 치과대학 교육과정에서는 반드시 학생들에게 약 한달 또는 두달 정도의 공중구강보건실습이 부여된다. 그래서 지역사회 보건소를 통한 공중구강보건사업을 실제로 익히고 심지어는 후진국에 가서 진료봉사의 실습을 체험하기도 한다. 일본의 경우에도 학생 1인당 최소한 2주간의 공중구강보건실습을 하게되며 보건소에 근무하면서 전국의 6세미만 아동에 대한 예방치치 사업을 수행하는 법을 실습 교육받고 있다. 결국 이들이 졸업한 후, 보건소에 근무할 경우 공중구강보건사업을 원만히 수행하게 되었고, 그 결과 일본의 12세 아동의 우식경험 영구치치수

(DMFT index)가 과거 5.5에서 1991년 현재 4.9정도로 다소 감소추세로 되돌리는데 기여하게 되었다고 평가하고 있다. 우리나라에서도 이러한 공중구강보건사업을 성공적으로 수행하려면 먼저 보건복지부내에 구강보건담당부서를 설치하여야 하고, 이곳에서 올바른 국가구강보건정책을 수립한 후 이러한 정책을 수행하기 위한 치과대학 교육과정 중 공중구강현장실습기간을 의무화하도록 제도를 변화시켜야 한다.

III. 결 론

치과대학 교육은 단지 치과대학 자체로만 변화된다고 해서 해결되는 문제는 아니다. 사회적 제도적 변화가 따라주어야 하며 이들사이에서는 서로 밀접한 관계가 있다. 교육제도가나 대학교육체제가 바뀌어야 하며 의료인의 사회적 사명과 진료봉사의 철학이 바뀌어야 한다. 사회적 제도 변화중 의료부문에 가장 영향을 미치게되는 부문이 진료비 지불방식의 변화이다. 진료비 지불방식에 따라서 한 국가의 진료의 흐름이 달라지게 되고 이에 따라 치과대학 교육방향도 달라지게 된다.

진료비 지불방식은 여러 가지 방식이 있으나 극단적으로 크게 나뉘었다면 현재 우리나라에서 주로 사용하고 있는 진료내용별 진료비제도와 유럽국가들에서 국가내 일부 또는 전국민에 사용하고 있는 환자당 일정기간 건강관리를 계약하는 인두제 방식으로 나눌 수 있다.

진료내용별 진료비 제도는 의료를 하나의 상품으로 보고, 진료를 수행한 내용만큼 진료비를 책정하는 제도이다. 이러한 제도하에서는 의료인 들은 가능한 한 많은 환자에게 많은 진료를 공급하고자 하며, 심한 진료를 할수록 수가 높기 때문에 치과분야에서도 보철과 같은 재활진료를 선호하게 되고, 예방진료를 기피하려는 풍조가 생기게 된다. 미국이나 일본에서도 우리나라와 같이 기본적으로는 이러한 제도속에 포함되고 있다. 그 결과 미국이나 일본이 세계 최고의 경제력과 치과지식 및 기술을 가졌음에도 불구하고 국민들의 구강건강수준은 오히려 유럽국민들이나 호주국민보다 못하다는 것이 세계보건기구를 통하여 확인된 바 있다.

그러나 인두제 진료비 제도하에서는 치과의사와 환자간에 주치의 계약을 맺고 계약기간 동안 약정된 구강건강관

리비를 받고는 환자의 구강건강관리를 해주기 때문에 가능한 한 예방지향적인 진료가 되고 불필요한 과잉진료라는 용어자체가 없어지게 된다. 계약환자의 구강건강상태가 좋을수록 치과의사의 수입이 상대적으로 높아지게 되므로 지역주민들의 구강건강이 진정으로 좋아지는 방향으로 진료와 공중구강보건사업을 하게되고 결국은 국가 전체의 의료비를 절감하는 효과를 가져다주게 된다.

우리나라의 경우 근래에 와서 보건소에서 시행중인 환자의 방문수가당 진료비 체계나, 진료내용과는 상관없이 질병별로 진료비를 산정하는 포괄수가제, 또한 최근에 보건복지부에서 발표한 주치의제 같은 여러 가지 안은 그동안 우리나라가 너무나 진료내용별 진료비 속에서만 젖어왔기 때문에 이를 타파해보려는 개혁의 시도로 생각된다. 의료부문의 사회보장이 잘 이루어지려면 인두제 방식의 진료수가 방식도 부분적으로 시도해보는 것이 바람직하다고 생각되며, 진료비 지불제도의 변화가 치과대학 임상교육과 연구방향에 커다란 요인으로 작용될 것이 예상되고, 이러한 제도개혁에는 반드시 시범사업을 통한 점진적인 개혁이 타당하다고 사료된다. 어떠한 형태의 치과진료체계가 형성되든지간에 우리나라 치과진료체계는 무엇인가 변화되어야 한다. 특히 남북통일을 눈앞에 두고 세계화를 지향하는 마당에 우리 치과계와 치학교육계에서도 점진적인 변화가 요구되는 것은 당연한 일이라 생각된다.

2) 치위생사 인력

(1) 치위생사 교육 및 배출현황

우리나라에서는 1965년에 연세의료원에서 보건사회부 인가의 수습기관의 형태로 3년제 치위생사 교육기관을 설립한 이래 근래에는 이러한 수습기관이 경희대학교 단국대학교에 더 설립되었고, 각 전문대학에 2년제 과정의 치위생과 10개가 설립 운영되어 매년 1,000명 가량의 신규 치위생사가 배출되고 있다. 최근에는 각 전문대학의 치위생과에도 의료기사인력들의 고학력추세에 발맞추어 모두 3년제로 전환되었고, 3-4개의 전문대학에서 치위생과가 더 설립되었으니 앞으로 1996년부터는 전국 20여개 교육기관으로부터 매년 1,700여명의 신규 치위생사가 배출될 전망이다.⁷⁾

1994년 현재 전국의 치위생사 면허자수는 9,000명 정도

로 보고되어 있고, 1995년말 약 12,000명의 면허자가 등록되어있다. 실제로 현직에 근무하여 일하고 있는 사람의 수는 그 중 약 1/3에 해당하는 3,500명 정도로 추산된다. 이중 반이상은 개원치과의원에 근무하고 있으며, 1,300여명이 공중보건 치위생사로서 전국 각지의 보건소 및 보건지소에 근무하고 있고, 그 외에 약간명의 사무공직이나 교직원, 또는 연구분야에서 일하고 있는 사람들도 있다.

미국에서는 1906년에 폰즈 박사(Dr. Fones)가 치과치료 과정중 환자에게 보다 높은 질의 치과진료를 제공하려면 반드시 예방진료와 구강보건교육을 실시해야 한다고 주장하며, 이러한 분야를 주로 다루는 기능인력이 필요하다는 생각에서 1913년 코네티컷 주에서 처음으로 공식적인 치위생사 학교를 설립하였다²⁾.

그 이후 치위생사 교육기관의 수가 계속 늘어나서 1920년에는 10개, 1935년에는 34개로 늘어났으며, 1945년에는 16개가 또 새로이 생겼는데 그중 13개는 치과대학에 부속 교육기관으로 설립 운영되었다. 1960년대에 와서 연방정부의 지원아래 전문대학이나 지역사회대학(Community College)에서 보건직업 교육과정으로 폭발적으로 많이 설립되어서 1980년에는 무려 204개의 학교가 운영되었다. 그 후 교육기관의 수가 다소 줄어들어서 190개까지 내려갔으나, 1990년에 다시 몇 개교가 늘어서 현재는 200개 학교가 운영되고 있으며 연간 약 4,800명의 신규 치위생사가 면허를 받고 있다.

전국적으로 활동중인 치위생사 수는 1988년에 7만 2천명 정도로 조사되고 있으니, 1993년에는 약 9만명 가량 되는 것으로 추산된다. 미국의 치위생사 수는 치과외과의 수에 비해서 비교해볼 때 1988년에는 51% 정도였으며 그 이후 점차 높아져서 현재는 약 56% 정도 되는 것으로 추산되는데 이는 현재 우리나라의 치과외과 수에 대한 치위생사 면허자의 비율인 70-80%보다 오히려 낮은 수치인 것처럼 느껴지나 치과외과수에 대한 실제 활동중인 치위생사의 수에 대한 비율인 30-40% 보다는 훨씬 높은 수치인 것이다. 이처럼 우리나라에서는 면허자중 실제 활동하는 치위생사의 비율이 낮고, 활동연한도 비교적 단기간이며, 또한 미국에서는 치위생사와 더불어 치과진료조무사(Dental Assistant)의 인력이 많아서 치과진료시 진료보조 업무는 모두 치과진료조무사가 하는 반면, 우리나라에서는 현행

의료계도상 별도의 치과진료조무사제도가 따로 없고 일반의료의 진료조무사(Assistant Nurse)를 치과진료시 빌려서 고용하고 있는 현실이므로, 치위생사도 업무상 예방치과진료와 구강보건교육보다는 주로 치과진료보조 업무에 매달려야 하는 차이가 있게 된다. 그러므로 순히 한국의 치위생사 수와 미국의 치위생사 수를 양적으로 비교해 보는 것은 큰 의미가 없다는 생각이 든다.

일본의 치위생사 면허자수는 1992년 현재 117,330명이고 이중에 현직에서 일하고 있는 사람은 44,219명으로 나타나 있다. 즉 면허자의 약 40% 정도가 치위생사 업을 하고 있는 셈이다. 치위생과 학교의 수는 해마다 늘어나서 1993년에는 놀랍게도 134개교나 된다. 해마다 약 7,200여명의 치위생과 졸업생이 배출되고, 국가시험의 합격률도 높으니 매년 7천여 명의 신규 치위생사가 면허를 받는 셈이다.

현재 일본에는 국가나 지방정부의 면허나 자격이 필요 없는 치과진료조무사가 7만 2천명에 달하여 이 숫자와 현직으로 일하고 있는 치위생사 4만 4천명을 합치면 결국 11만 6천명의 구강보건 보조인력이 진료실에서 일하고 있는 셈이다. 이를 7만여명의 치과외과수와 비교할 때 치과외과사 1인당 1.6-1.7명의 구강보건보조인력이 일하고 있는 것으로 집계되며, 이는 현재 우리나라에서 치과외과사 1만명에, 현직으로 일하고 있는 치위생사 4천명과 간호조무사 6천명을 합해서 계산해 보아도 치과외과사와 구강보건 보조인력의 비율이 1대 1 정도밖에 되지 않아 오늘날 현저한 진료보조 인력의 부족을 실감하고 있는 우리나라 현실과는 좋은 대조를 보이고 있다고 하겠다.

그러므로 우리나라에서도 일본과 같은 제도로 치위생사 제도로 운영한다면 앞으로 치위생사 교육기관을 50여개로 늘려야 할 것이다. 그러나 미국과 같이 진료조무사 제도를 확립하고 충분한 진료보조원을 확보할 수 있다면 치위생과 교육기관을 오히려 지금보다 줄이거나 현상을 유지할 수 있겠다. 조속히 정부가 결정해야 할 과제라 생각된다.

(2) 치위생사의 임무

우리나라에서는 치위생사의 임무 중 선진 외국과는 달리 예방진료와 구강보건교육 이외에 치과진료보조업무를 하나 더 추가해 놓고 있다. 이는 우리나라 치과계의 현실에

서 어쩔 수 없는 결정이었다고는 생각하나 그 결과 거의 대부분 치위생사들은 현실적으로 치과진료 보조업무에 주력하게 되어 버렸고, 예방진료와 구강보건교육은 보건소에 근무하는 치위생사 마저도 잘 수행하지 못하는 여건이 되어버리고 말았다. 이는 현재 우리나라에 치과진료조무사 제도가 확립되어 있지 못하고 있기 때문이다. 일반 간호조무사들은 교육과정이나 자격시험과정에서 치과진료보조에 관한 내용을 거의 다루고 있지 않기 때문에, 현실적으로 일반 간호조무사에게 치과진료보조업무를 맡기는 것보다는 치위생사에게 이 업무를 맡기는 것이 우선은 더 용이할지 모른다. 그러나 매년 신규로 배출되는 치위생사의 수가 치과외과의 수와 비슷하고, 실제로 치위생사의 평균 직업 수명이 우리나라에서는 수년에 불과하다는 점을 고려하면, 치위생사들에게 치과진료 보조업무를 모두 맡기기에는 보조 인력의 수가 턱없이 부족함을 느끼게 된다. 그렇다고 이를 해결하기 위한 방법의 하나로 일본에서처럼 치위생사 교육기관을 100여개 이상 설립해 버리는 방법도 바람직하지 못하다는 생각이다. 결국 궁극적인 해결책은 하루빨리 치과진료 조무사제도를 확립시키는 길 뿐이라 느껴진다.

미국에서도 80%이상의 치위생사들이 주로 개인 치과진료기관에서 일하고 있으며 공동단체나 공동구강보건사업을 위하여 일하는 치위생사는 10-20% 미만이라고 한다. 치위생사의 중요한 업무는 환자에 대한 개별구강보건교육과 잇솔질 교습, 스케일링, 불소도포, 치면열구전색같은 예방진료를 하고, 구내방사선 사진촬영 및 현상을 하고 있으며 근래에는 환자에 대한 계속관리가 중요한 업무로 들고 있다.

일본 치위생사의 임무도 우리나라에서의 마찬가지로 예방치과진료와 구강보건교육 이외에 치과진료보조 업무도 하고 있다. 그러다 보니 많은 개원치과외과의사의 요구에 의해서 주로 치과진료보조업무에 주력하게 되고, 치위생사 고유의 업무인 예방진료와 구강보건교육에 종사하는 숫자가 상대적으로 적게되나, 그래도 우리나라에서보다는 이러한 분야에 종사하는 사람이 숫자나 비율로 보아서 훨씬 많다.

결론적으로 말한다면 우리나라에도 이제 치과진료조무사제도를 실시하여 치과진료보조업무는 이들에게 맡기고,

치위생사는 본연의 업무인 환자에 대한 구강보건교육과 예방치과진료 및 공동구강보건사업에 주력하는 보다 더 전문성 있는 인력으로 전환하는 노력을 점차 추진해 나가야 할 것이며 이에 정부와 치과외과협회 및 치위생사협회가 앞장서야 한다.

(3) 치위생사 교육실태

현재 우리나라 치위생사 교육기관의 대다수를 차지하고 있는 전문대학 치위생과의 경우, 그동안 어려운 사회여건 속에서도 잘 성장해 왔다고 생각되나 한가지 아쉬운 점은, 아직도 많은 전문대학 치위생과에 임상실습장이 마련되어 있지 못하다는 점이다. 치위생사는 구강보건기능인력으로서 교육훈련과정중환자를 직접 접해보는 임상실습이 가장 중요한 과정인데, 우리나라 전문대학의 여건상 이러한 부속치과병원을 설립하여 운영하고 있는 곳이 많지 않아서, 학생들에게 이론식 교육과 실습식 교육만으로 대체하고 있는 현실이다. 치위생사 교육의 진정한 질적 향상을 생각한다면, 외국에서의 같이 모든 치위생사 교육기관에는 부속 임상진료실을 설치 운영하도록 법제화하는 것이 당연하고도 마땅하다 생각된다.

200여개나 되는 미국의 치위생사 교육기관은 임상실습을 위한 진료실이 당연히 설립 운영되고 있지만 134개나 되는 일본의 치위생사 교육기관에서도 거의 대부분 임상실습을 위한 치과진료기관을 갖고 있다. 대부분의 치과대학에서 운영하고 있는 2년제의 치위생사 교육기관 이외에도 초급대학, 전문대학에 설치되어 있거나, 시립으로 운영되고 있는 대부분의 치위생사 교육기관은 치과진료실을 운영함으로써, 학생들의 임상실습을 원만히 할 수 있도록 하고 있다. 쓰루미치과대학 부속치위생과나 후쿠오카치과대학 부속치위생과에도 치과대학 부속 치과병원에서 치위생과 학생들을 위한 임상실습장을 운영하고 있을 뿐만 아니라, 치과병원에서 치과대학 학생들이 진료할 때 치위생과 학생들과 서로 협조하며 함께 진료하도록 체계를 잡아놓고 있었다. 이렇게 함으로써 공동진료와 협업진료를 통한 진료의 원활화를 체험해 보도록 하고, 아울러 교수의 지도하에 치과대학생과의 분업과 협업진료체계를 배움으로써, 졸업 후 치과외과사들과 원만히 지낼 수 있으며, 질서의 체계가 잡힌 관계를 은연중에 습득하게 되는 것이다.

이러한 체계는 우리나라 치과대학들에서도 검토해보고, 치과계의 발전방법의 하나라고 생각되면 치위생사 교육기관들을 치과대학에서 설립 운영하는 것도 바람직하다고 생각되며, 현재 우리나라 전문대학에 설치되어 있는 치위생과에서도 반드시 부속진료기관을 갖도록 의무화하는 것이 바람직한 치위생사 교육의 지름길이라 생각된다.

3) 치기공사 인력 및 교육체계

우리나라에는 현재 14개 전문대학에서 3년제의 치기공과를 운영하고 있으며, 국가시험 합격률이 다른 치과의료 인력과 비교할 때 매년 변화가 많음을 감안하면, 연간 약 500-1,000명의 신규 치기공사가 면허를 받고 있다고 볼 수 있다. 1994년까지 총 치기공사 면허자수는 약 1만명으로서 이중 50%에 해당하는 5천명정도가 현직으로 일하고 있다고 추산된다⁶⁾.

우리나라 사람들의 손재주는 기능올림픽을 휩쓸다시피 할 정도로 이름이 나 있어 치기공업무의 기술적인 면은 세계 어느 나라에도 뒤지지 않을 정도로 수준이 상당히 높다고 생각된다. 그런데 문제는 현재 지나치게 많이 배출되고 있는 치기공사 인력의 수급조절이다. 매년 신규 치과의사의 수보다 더 많은 수가 졸업하게 되는 치기공과 졸업생들은 결국 낮은 보수로 취업하게 되거나 아니면 전직을 하지 않을 수 없다. 그중 일부는 불법인줄 알면서도 무면허 치과 의업을 하며 생계를 꾸려나가는 자가 생겨나기도 했다. 모든 것이 인력수급체계를 잘못 기획하여 생긴 후유증들

제의 반이하로 감축하든지 치위생과등 다른 보건인력을 양성하는 과로 돌리든지 대책을 세워야 한다.

현재 미국의 치기공사수는 1988년 조사에 66,700명으로 나타나 있고, 치과의사 100명당 45명꼴에 해당된다. 이러한 현상은 1981년에 신규면허자가 1665명인데 비해 10년 뒤인 1990년에는 오히려 줄어서 908명이다. 그러므로 장차 치과의사 수에 비한 치기공사의 수는 약간씩 낮아질 것으로 예상된다.

치기공사교육 역시 2년제의 전문대학이나 지역사회대학에서 교육시키고 있으며, 업무내용은 우리나라와 거의 같아서 각종 치과, 계속가공의치, 의치제작이외에도 분야별 교정장치나 그 밖의 각종 장치를 제작한다.

또한 일본에서는 1992년 현재 약 7만명의 치기공사가 면허를 갖고 있는데 그 중 치기공일을 실제로 하고 있는 사람의 수는 반이 좀 안되는 33,000명선으로 나타나있다. 매년 73개나 되는 치기공사 학교에서 3,300명 정도의 신규 치기공사가 배출되지만, 그들이 직업을 구하기가 그렇게 쉽지는 않다.

세계보건기구가 권장하는 치과의사 수와 치기공사의 적정비율은 치과의사 3인에 치기공사 1인의 비율이 좋다고 한다. 우리나라의 경우 오히려 치과대학의 수보다는 치기공과 교육기관의 수가 몇 개 더 많고, 해마다 치과대학 신입생보다는 치기공과 신입생의 수가 많아서 현재도 전체 치과의사의 수와 치기공사 면허자의 수가 비슷한데, 앞으로는 치기공사의 수가 치과의사의 수보다 많아지지나 않을까 우려된다. 이를 방지

할 경우 고등실업자는 물론이고 자칫하면 부정치과진료업자를 치과계 스스로가 만들어내는 꼴이 되므로, 이에 대한 입학정원 감축이 시급하다 하겠다.

일본에서도 치과의사대 치기공사의 비율이 1대 0.5 정도로서 세계보건기구가

적절하다고 권장하는 1대 0.3보다는 약간 많지만, 그래도 아무런 대책 없이 치기공과 교육기관만 늘리다가 결국은 치과의사수와 맞먹는 1대 0.9 이상을 만들어버린 우리나라

표 1. 한국, 미국 일본간의 구강보건보조인력 비교

국가	치위생사					치기공사		치과진료조무사
	학교수	수학년수	년간졸업자	면허자수	현직근무자수	면허자수	년간졸업자	
한국	19	3	1,500	9,000	4,000	9,000	1,000	-
미국	200	2	4,800	90,000	80,000	70,000	1,000	90,000
일본	134	2	7,200	120,000	44,000	70,000	3,300	72,000

이라 생각된다. 사실 대부분이 사립인 전문대학의 경우, 치기공과 신입생 입학정원을 줄이고 싶은 마음이 없는 것은 당연하지 않겠는가? 하루빨리 치기공과 입학정원을 현

라의 경우보다는 사정이 훨씬 좋은 편이라 생각된다.

우리나라에서 하루빨리 치기공사 학교의 입학정원을 줄이고 이를 치위생사 입학정원으로 돌리는 방안이 시급히 요청된다.

4) 치과진료조무사 인력제도

현재 우리나라에는 치과진료조무사 제도가 없다. 그러나 세계 대부분의 나라들은 치과진료조무사 제도를 갖고 있으며, 원활한 치과진료보조인력의 공급과 수요를 체계적으로 이루고 있다. 그러나 우리나라에서만 치위생사 협회와 대한간호조무사 협회의 직업에 대한 위축을 우려하여 이 제도의 설립에 반대하고 있다.

그러나 이는 일종의 직업이기주의로서 우리나라에도 하루빨리 치과진료조무사 제도의 확립이 되어야만 한다. 그렇지 아니하고 현재처럼 치위생사로 전국의 모든 치과진료기관에서 치과진료보조업무를 담당하기에는 너무나 모조인력 부족을 느끼게 되며 결국 어느 조사에서와 같이 1995년 현재 서울시의 50%의 치과의원에서 무자격 진료보조원을 채용함으로써 범질서를 문란하게 만들 수밖에 없는 결과를 초래하게 된다²⁶⁾.

미국의 치과진료조무사 제도는 19세기말부터 시작되었으며, 1988년에 197,000명으로, 치과의사 100명에 대해서 활동중인 치과진료조무사가 139명정도라고 보고되어 있다. 그리고 1989년 조사에 의하면 단독개원 치과의사의 90%와 공동개원 치과의사의 96%가 치과진료조무사를 1명 이상 고용하고 있으며 이중 반 정도는 두명 이상의 치과진료조무사를 고용하고 있는 것으로 나타나 있다. 20년전인 1970년대에는 치과의사 100명당 치과진료조무사가 91명밖에 되지 않았으나 그 동안 치과진료 조무사의 숫자가 상대적으로 많아 졌다. 이러한 현상은 오늘날 우리나라 치과계에서 치과진료조무사제도 자체도 아직 마련되어 있지 않고, 일반간호 조무사(AN) 구하기도 점점 어려워지고 있는 현상과는 대조적이라 할 수 있다.

미국에서는 비공식적인 사설교육기관이나 공공교육기관에서 단기과정으로 치과진료조무사를 양성하기도 하고, 치과대학들 중에도 단기과정으로 치과진료조무사 양성을 위하여 교육하는 프로그램이 자주 있다. 심지어는 연방정부에서 치과진료조무사 양성을 위한 교육훈련비를 치과

대학에 보조해주기도 한다. 치과대학에서는 치과대학 학생들이 임상실습시 치과진료조무사를 적절히 활용하는 방법(Dental Auxiliary Utilization)도 중요한 임상실습의 하나이므로 이 교육과정에 필요한 치과진료조무사 과정의 학생을 모집하고, 치과병원 내에서 교육훈련시켜 치과진료조무사를 양성하고 있다. 그럼에도 불구하고 최근에 와서 미국에서도 치과진료조무사 교육훈련기관에 지망하는 지망자수가 다소 감소하는 듯한 경향이 있지만 큰 차이는 아닌 것 같다.

미국은 각주에 따라 약간 다르나 진료조무사에 대하여서는 특별한 면허자격요를 요구하지 않는다.

일본에서도 이러한 치과진료 보조업무를 담당하는 인력에 대해서는 특별한 자격이나 면허제도가 없다. 우리나라에서는 간호조무사 학원을 6개월 또는 1년을 수료하고 각 구청단위나 도 단위의 행정당국에서 실시하는 자격시험을 치러서 합격된 자만이 일반의원이나 치과의원에 간호조무사로 일할 수 있는데 반하여, 일본에서는 치과진료에 대한 보조 업무를 담당하는 인력에 대해서는 특별한 면허나 자격을 요구하지 않는 것이다.

우리나라는 너무나 모든 방면에서 면허증이나 자격증을 요구하여 온 관행이 있었다. 심지어는 치과진료보조를 담당하는 분야에까지 과연 자격증이 꼭 필요한 것인가 하는 문제는 앞으로 신중히 검토해 보아야 한다. 이러한 자격증 제도가 철폐된다면 앞으로 우리나라 치과계의 보조인력에 대한 인력수급이 원활해 질 것이며, 현재 50%의 치과의원이 불법으로 고용하고 있는 보조원들에 대하여, 합법적인 법의 테두리속에 넣을 수 있게 될 것이다.

IV. 결 론

저자는 우리나라 구강보건인력들의 교육훈련 및 인력수급체계를 미국과 일본을 중심으로 한 선진국들과 비교하여 우리나라의 구강보건인력개발에 대한 정책상 문제점을 찾아내고 개선방안을 제시하고자, 치과의사, 치위생사 및 치기공사와 치과진료조무사 제도의 교육훈련과정 및 인력수급현황을 조사 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 우리나라 치과의사 인력은 현재로서는 약간 부족한 것

으로 나타났으나 근래에 많은 치과대학들이 설립되었으므로 2010년에는 과잉상태를 나타내게 될 것이 예상되어 앞으로 치과대학 신설 및 증원을 억제토록 하여야 한다.

2. 치과대학 교육과정에서 전임교수가 절대 부족하며, 특히 우리나라에서는 기초 치의학 교육에 투자가 미비한 것으로 나타났다.

3. 임상교육 분야에서는 부속치과병원들이 수입증대에 너무나 과열하여 주력하고 있어서, 교육병원 본래의 설립 취지인 학생교육과 전문연구 및 지역사회 봉사는 무관심하고 있어 이에 대한 정부당국의 대책이 시급한 것으로 사료된다.

4. 선진국들의 치과진료 추세가 예방위주의 진료가 됨에 따라 우리나라에서도 예방 지향적인 바람직한 진료가 되도록 각 치과대학 부속치과병원에서는 예방치과를 필히 임상화 하여 지역주민에 대한 봉사와 학생교육에 있어서 올바른 방향을 제시하도록 보건복지부와 교육부가 선도하여야 한다.

5. 신규치과의사의 반 이상이 공중보건치과의사가 되는 우리나라의 현실에서 치과대학 교육과정에 반드시 공중보건실습을 시키도록 하여 원만한 지역사회 주민의 구강건강관리에 기여하도록 하여야 한다.

6. 전문치과의 제도는 합리적으로 제도화시키는 것이 바람직하며, 이때 환자는 반드시 일차 진료기관에서만 기본진료를 받아야 하고, 해결이 불가능한 전문진료에 관해서는 1차진료기관의 진료요구서와 함께 2차전문진료기관으로 이송하는 의료전달체계를 확고히 하여야 이 제도가 성공적으로 시행될 수 있다.

7. 우리나라 진료비 지불제도 중 현행의 진료내용별 진료비 지불제도에서 점차 단계적으로, 환자와 의료인 간에 주치의를 계약하고 일정기간 일정액수의 구강건강관리비로 구강건강을 책임지게 하는 선진국형의 인두제 방식으로 전환해 가야만 진정으로 국민구강건강수준이 향상될 것으로 사료된다.

8. 우리나라 치위생사 인력은 현재 너무나 부족하고, 치기공사 인력은 과잉상태 이기 때문에 치기공과 입학정원을 치위생과 입학정원으로 돌리고, 앞으로 많은 치위생과 교육기관의 설립 운영이 요구되며, 아울러 우리나라에 치과진료조무사 제도의 확립이 시급히 요구된다.

9. 우리나라에 모든 구강보건인력문제와 구강보건문제를 종합적으로 다루어서 정책을 수립할 정부내 보건복지부 산하에 구강보건담당부서가 반드시 설립되어야 한다.

V. 우리나라 구강보건인력 교육체계의 개선방안

우리나라 국민의 구강보건 향상을 위하여 전문인력에 대한 바람직한 교육훈련을 도모하는 과정에 다음과 같은 사항들이 시정되어야 할 것으로 생각되어 이에 개선방안을 건의하고자 한다.

1. 구강보건인력에 대한 교육은 우리나라 국민의 구강보건수준향상이라는 목표를 달성하기 위하여 양성되어야 하므로, 먼저 이에 대한 국가수준의 교육목표를 명확히 하고 이를 구체적으로 달성하도록 교육방향을 추구해 나가도록 교육부에서 기획, 조정 및 감독을 하여야 한다.

2. 치과대학 부속치과병원은 학생교육과 연구 및 봉사의 목적으로 설립된 것인 만큼 오늘날 수익증대에 지나치게 주력하고 있는 각 대학 부속의료기관의 운영형태를 본래의 목적에 맞도록 돌릴 수 있는 방안을 보건복지부에서는 마련하여야 하며 이에 대한 여러 방면의 철저한 감독과 평가가 이루어 져야 한다.

3. 치과대학 부속치과병원 등 교육병원에서는 지정진료비 제도(특진제)를 즉각 폐지하여야 한다.

4. 앞날의 치과진료는 예방지향적인 진료가 되어야 바람직하므로, 현재 각 치과대학 부속치과병원에서 수익상의 이유로 기피하고 있는 예방치과 진료실을 필히 설치토록 제도화하고 공중구강보건실습을 강화하여 학생들에게 철저한 교육을 시킴으로써 앞날의 우리나라 치과진료의 흐름을 선진국형인 예방위주로 전환토록 하는데 앞장서도록 하여야 한다.

5. 치과의료분야에서도 치과의료전달체계를 먼저 확립하고, 전문치과의사제도를 모든 전문과목에 공평하게 실시토록 하여야 한다.

6. 치위생사 인력의 양이 너무나 부족하고 치기공사 인력이 과잉이므로 이에 대한 조절이 시급하며, 아울러 우리나라에도 치과진료조무사제도를 확립하여야 한다.

7. 진정으로 우리나라 국민의 구강건강수준향상을 도모하기 위해서는 현행 진료내용별 진료비 지불제도로 시행

하고 있는 치과진료비 지불방식을 점차 주치의와 계약에 의한 인두제 방식으로 바꾸어 나가는 방안을 모색하여야 하며, 여러 가지 구강보건문제와 관련된 정책을 체계적으로 수립해 나갈 수 있도록 보건복지부내에 구강보건담당 부서가 설치되어야 한다.

참고 문헌

1. 김종배, 최유진 : 공중구강보건학, 고문사, 1991
2. 신승철 : 세계의 치과여행, 군자출판사, 1994
3. 정문사 편집부 : 의료관계법규, 정문사, 1995
4. 신승철, 김선영, 김영호 : 세계각국의 치과 의사 인력에 관한 비교조사 연구, 치과연구, 제36권 제6호, 1994
5. 보건과 사회연구원 : 사회와 치의학, 한울출판사, 1994
6. 대한치과의사협회 : 치기공사 인력수급 및 교육현황에 관한 건의문, 대한치과의사협회, 1989.3
7. 국민구강보건연구소 : 구강진료기사의 양성 과 활용 및 구강보건학 교육개발에 관한 연찬회, 국민구강보건연구소, 1990
8. WHO : DMFT levels at 12 years, Oral Health Programme, Manila, Philippines, 1995
9. 한국구강보건협회 : 한국인 구강보건실태에 관한 조사, 한국구강보건협회, 1971
10. 대한치과의사협회 : 한국인 치과질환 실태조사보고, 대한치과의사협회, 1983
11. 최유진, 변영남 : 한국인 치과질환 실태조사보고, 대한치과의사협회, 1989
12. 김종배, 문혁수 : 한국인 구강보건 실태조사, 대한치과 의사협회, 1992
13. Wang Hee Dong : 한국의 구강보건현황, 세계보건기구, 치의신보, 1995.11.18
14. 김종배, 김진범 : 구강보건인력 적정수급에 대한 건의, 대한치과의사협회, 1989.8
15. 통계청 : 한국의 사회지표, 통계청, 1994
16. 류시원 : 2000년대의 한국치과의료인력, 한국보건사회연구원, 대한치과의사협회 1992
17. 박기철, 권호근, 홍석진 : 교차로에 서있는 미국의 치의학 교육, 대한치과의사협회지, 제33권 제4호, 1995
18. Burt, B.A. and Eklund S.A. : Dentistry, Dental Practice and the community, 4th ed. Saunders, 1992
19. 대한치과의사협회 공직치과의사회 : 치과대학 교육 및 시설현황, 1993
20. 조용필 : 한국치과의사 수급과 치과교육의 문제점, 치의신보, 1983.10
21. 문창진 : 보건의료사회학, 신평출판사, 1990
22. 보건과 사회연구원 : 보건의료인과 보건의료운동, 한울출판사, 1991
23. 최범식, 신승철 : 구강보건인자와 우식발생 정도 및 추세와의 상관관계계수에 관한 비교조사 연구, 대한구강보건학회지, 제19권 제2호, 1995
24. 조응희 : 치과의사수와 치과대학 교육수준, 치과타임즈, 1995.8.11
25. 김사식 : 치과대학 신설에 관한 대책, 치의신보, 1995.8.12
26. 김계종 : 치과의료인력의 현안문제, 치의신보, 1995.9.3
27. 한국치과대학 학장연합회 : 치과대학 교육현황 제4집, 치과대학 학장회의, 1992
28. Fumiak Shinsho : 일본의 공중구강보건활동, 치과연구 제31권 제5호, 1992
29. 의료보험연합회 : 의료보장, 의료보험연합회, 1995.12
30. 의학연구소 : 여러나라의 구강보건 진료제도, 건강사회를 위한 치과의사회, 1992
31. World Health Organization : Global strategy for health for all by the year 2000, Geneva, WHO, 1981
32. Health Policy Bureau : Report on the survey of Dental Diseases, Ministry Health & Welfare, Japan, 1993